

· IZABEL CRISTINA PRAZERES DE ANDRADE SILVA

MARIZA VINOTTI

ENVELHECER - ENVELHECIMENTO - DEFICIENTE IDOSO

Monografia apresentada ao Curso
de Especialização, a nível de
Pós-Graduação em Educação Espe-
cial, da Universidade Federal do
Paraná.

CURITIBA

1989

ENVELHECER - ENVELHECIMENTO - DEFICIENTE IDOSO

por

IZABEL CRISTINA PRAZERES DE ANDRADE SILVA

MARIZA VINOTTI

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista no Curso de Pós-Graduação em Educação Especial, pela Comissão formada pelos professores:

ORIENTADOR:

Suely Kintop Chechelski

Curitiba, de de 1989.

AGRADECIMENTO

À Orientadora, Professora Suely Kintop Chechelski, pelo apoio e dedicação.

SUMÁRIO

1	<u>INTRODUÇÃO</u>	1
1.1	JUSTIFICATIVA	2
1.2	PROBLEMA	3
1.3	OBJETIVO	4
2	<u>ENVELHECIMENTO E VELHICE</u>	6
2.1	ENVELHECER COMO DESENVOLVIMENTO	7
2.2	ENVELHECIMENTO PREMATURO	9
3	<u>CARACTERIZAÇÃO CRONOLÓGICA E FISIOLÓGICA DE VELHICE.</u>	15
3.1	APARELHO CÁRDIO-VASCULAR	16
3.2	APARELHO RESPIRATÓRIO	17
3.3	RIM	18
3.4	SISTEMA NERVOSO	18
3.5	APARELHO MÚSCULO-ESQUELÉTICO	19
3.6	A ATIVIDADE FÍSICA COMO PREVENÇÃO DE SAÚDE	20
4	<u>O LAZER E SUA IMPORTÂNCIA</u>	24
4.1	FUNÇÃO DO LAZER	24
4.2	POLÍTICA DE LAZER PODE INICIAR COMO UMA POLÍTICA ANTI-EQUIPAMENTOS	25
4.3	O LAZER COMO OCUPAÇÃO	26
4.4	LAZER COMO OCUPAÇÃO NÃO OBRIGATÓRIA	26
4.5	PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS EM GRUPOS DE LAZER	27
4.6	NECESSIDADES DE DEFICIENTES IDOSOS	27

5	<u>CARACTERIZAÇÃO DE DEFICIÊNCIAS DE ACORDO COM DEL.</u>	
	<u>020/86 E 001/83 E 004/86 DA CEE/SEED</u>	30
5.1	DEFICIÊNCIA DA AUDIOCOMUNICAÇÃO	30
5.2	DEFICIÊNCIA MENTAL	31
5.3	DEFICIÊNCIA FÍSICA MOTORA	32
5.4	DEFICIÊNCIA VISUAL	33
5.5	DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA	33
6	<u>VELHICE NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA</u>	34
6.1	A REALIDADE BRASILEIRA	37
6.2	A MARGINALIZAÇÃO SOCIAL	39
6.3	SITUAÇÃO ECONÔMICA	43
6.4	O IDOSO NO CONTEXTO DA ECONOMIA POLÍTICO-SOCIAL .	45
7	<u>PESSOAS DEFICIENTES IDOSOS</u>	49
7.1	EXPECTATIVA DE VIDA DAS PESSOAS DEFICIENTES	50
7.2	AS NECESSIDADES DE PESSOAS DEFICIENTES	51
7.3	DEFINIÇÃO DE PESSOAS DEFICIENTES QUE ESTÃO ENVE- LHECENDO	52
7.4	A SITUAÇÃO ATUAL DE PESSOAS DEFICIENTES QUE ESTÃO ENVELHECENDO	54
8	<u>CONCLUSÃO</u>	56
	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	58

1 INTRODUÇÃO

A medida em que as sociedades se desenvolvem, cresce também a idade de suas populações, pois a longevidade é consequência do processo de desenvolvimento e isso é irreversível,

Mas o que não parece certo é que esse processo de envelhecimento seja acompanhado de circunstâncias tão inadequadas, que fazem com que as pessoas ingressem neste período receosas, sentindo-se como inúteis, como frágeis, como se a sua importância tivesse acabado para sua vida em sociedade.

Torna-se um contrasenso tanto esforço por um prolongamento da vida se o que se oferece é um estado quase sem vida.

Durante muitos anos tem-se descuidado desse grupo etário, pois volta-se a atenção para o atendimento prioritário dos jovens, embora não existindo formalmente diferenças de direito entre jovens e idosos.

O que se observa é que é cada vez maior a marginalização do idoso, face ao total desconhecimento de suas capacidades e expectativas.

A questão social do idoso, face ao próprio número maior em que se apresenta exige uma política ampla e expressiva que suprima definitivamente a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver mais.

Torna-se necessário a urgente reformulação da sociedade a respeito das idéias sobre a velhice, eliminando as posturas

preconceituosas que tanto aviltam a dignidade que a espécie humana tem lutado para conquistar.

É necessário que se prolonguem ou se criem oportunidades novas para os que envelhecem, mantendo-os ativos e participantes dentro de suas condições psico-físicas, para poder devolver-lhes sua total condição.

Sendo o mesmo uma preocupação de profissionais, em discutir e apresentar soluções às questões sociais que afetam os idosos, levando em conta nossa realidade sócio-cultural, possam ser encaminhadas ações de uma verdadeira política social que atenda as necessidades expressas dessa população.

O presente trabalho tem o objetivo de propor informações de um programa de trabalho, e suas implicações no contexto individual e social. Pretende, considerando o número reduzido de trabalhos neste setor, poder dar condições de embasamento a todos os que se dedicam ao trabalho social com deficientes idosos.

1.1 JUSTIFICATIVA

uso questões indolência
Velhice, uma questão social. O aumento gradativamente alto desse grupo etário e os efeitos graves de seu isolamento são circunstâncias que afetam a sociedade brasileira e deveriam mobilizar setores na busca de caminhos que obstaculizem sua crescente marginalização, pois se tratando do deficiente idoso, nada ou quase nada tem sido feito neste setor, para propiciar-lhe um melhor atendimento.

Tendo o mesmo a intenção da implantação de programas e criação de novas e diferentes iniciativas, tem-se a preocupação do estudo teórico-científico do processo de envelhecimento

e todas as suas implicações no contexto social.

Esse programa tem a necessidade de estudos e pesquisas com especialistas de diferentes áreas de conhecimento científico e a especialização de técnicos, podendo responder assim às crescentes solicitações de cooperação formuladas pelas instituições sociais e órgãos governamentais na busca de uma política mais adequada para o deficiente idoso. Torna-se prioritário o reconhecimento de toda a comunidade brasileira da necessidade da implantação de programas para deficientes idosos, para que os mesmos possam ter um melhor atendimento e não fiquem simplesmente depositados em asilos, clínicas, etc.

1.2 PROBLEMA

VELHICE E A DEFICIÊNCIA

Na medida que a humanidade progride em termos de ciências, tecnologia e avanços afins, perde nas relações humanas, relações interpessoais.

- Os índios têm em seus anciãos, seus sábios, seus conselheiros.

- Os nossos antepassados, quando do início das grandes civilizações, procuravam seus anciãos para se aconselhar.

- Nas civilizações antigas (grega, romana, inca ou asteca), todos ouviam o Conselho formado pelos anciãos.

- Na cultura oriental o velho ainda é valorizado.

* Se continuássemos a valorizar e ouvir os conselhos e ensinamentos dos nossos velhos, teríamos reforçado nossos conceitos e apaziguado nossas dúvidas e questionamentos.

Se para o ser humano normal é difícil adaptar-se às consequências oriundas da velhice, o que dizemos daqueles que além

da limitação imposta pela idade, possuem ainda limitações físicas, são deficientes idosos.

No que se refere ao deficiente mental idoso, a maior preocupação não é sua, e sim somente de seus familiares cuja atitude mais comum - quando se trata de irmãos, tios e primos - é internar o deficiente mental idoso em casas de repouso, asilos e etc.; pois a este ser humano é dado o privilégio da falta de consciência de sua situação e de suas perspectivas, ficando a cargo de seus familiares a solução, ou o problema.

Já quando o idoso é um deficiente sensorial, ou deficiente físico motor, mentalmente são, que sempre foi consciente de seu espaço na sociedade, as limitações impostas pela deficiência, pela falta de suporte educacional, profissional, sócio-econômico e de infra-estrutura da sociedade para atendê-lo durante o percurso de sua infância, adolescência, juventude e maturidade, a angústia é maior, pois tem consciência de que o que sempre foi insuficiente nas etapas anteriores de sua vida, inexistente agora quando é um velho, e por consequência mais limitado e mais necessitado.

Delimitação do problema:

"Como é o tratamento dado ao deficiente idoso, o que podemos esperar das ações governamentais e quais as expectativas dos próprios deficientes idosos?"

1.3 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é traçar o perfil do atendimento prestado ao idoso no Brasil, seja ele normal e/ou deficiente:

- suas necessidades;

- o que é envelhecer;
- como a sociedade o vê;
- qual é a proposta e ação desta sociedade;
- e, finalmente, expormos nossa proposta para o deficiente idoso.

2 ENVELHECIMENTO E VELHICE

OHS = > 60 anos em homens
> 65 " mulheres

Antes de se chegar à idade da velhice ou ao estado de velhice (65 anos, pelo critério estatístico), passa-se pelo processo de envelhecimento.

O processo de envelhecimento precede o estado de velhice e a ele conduz. O processo de envelhecimento conduz à velhice biológica; o tempo transcorrido conduz à velhice cronológica. Cada ser vivo possui duas idades: uma

traduzida pelas unidades de tempo vividas, ou idade cronológica; a outra, pela idade biológica.

(Condiciona os seus sistemas orgânicos - FUNCIONAL)

O sincronismo biocronológico nem sempre existe entre as duas idades, podendo se notar descompasso não apenas no sentido da aceleração da idade biológica, como se observa no envelhecimento prematuro e nos casos de menino-velho (progeria), mas também no sentido do retardamento da idade biológica, como nos casos de grande longevidade ou retardamento do desenvolvimento (fenômeno de Mac Cay).

A dupla problemática, envelhecimento/velhice, além da relação aceleração/retardamento, guarda entre si uma relação qualitativa, como a dinâmica e a estática, a ação e o efeito, o vir a ser e o ser. A problemática do envelhecimento investiga a dinâmica e as velocidades dos mecanismos de envelhecimento. A problemática da velhice estuda apenas os velhos: sua situação física, psicológica e social. Detendo-se na realidade do presente, propõe soluções para os velhos existentes, des-

perta compaixão, reivindica direitos da velhice e procura corrigir a situação concreta, tal como se mostra no presente.

X A problemática do envelhecimento olha para o futuro e cuida dos jovens que, decorridos trinta ou quarenta anos, serão velhos: ensina a envelhecer devagar; procura interessar os jovens e as universidades no estudo da gerontologia; influi nos fatores de envelhecimento prematuro; protege a formação do cérebro da criança e a boa qualidade do tecido nervoso; prepara e planeja cientificamente o percurso da vida até a mais avançada idade; disciplina a mente e o corpo para resistirem aos fatores de envelhecimento e ensina a acreditar na ciência, no esforço e na perseverança. ^{7. pessoal} ^{? em que?}

O estudo do envelhecimento interessa principalmente aos jovens, daí ser considerado um problema dos jovens e para os jovens. A gerontologia se reveste de especial importância para o homem civilizado dos tempos modernos e para a própria civilização industrial. Envelhecer é uma coisa, ser velho é outra. Enquanto a gerontologia estuda o envelhecer, o vir a ser e o processo de envelhecimento, a geriatria estuda o ser, o estado: é a ciência da estática da velhice.

Gerontologia = é o estudo do envelhecimento em todos os seus aspectos: social-psicológico e biológico etc...

Geriatría - é a parte da medicina que cuida do paciente idoso no tocante às suas doenças e prevenção - reabilitação

2.1 ENVELHECER COMO DESENVOLVIMENTO

Envelhecer não significa necessariamente perda de forças, funções ou vitalidade; envelhecer não é decair, nem velhice é sinônimo de decadência. Velhice só é decadência quando a ela se junta a doença, mas velhice não é doença. A doença é que é a responsável pela perda de forças, funções e vitalidade do organismo. Mas doença é anormalidade; é justamente a perda da normalidade. O velho não é o jovem decadente e des-

gastado, é o jovem desenvolvido e aperfeiçoado. Envelhecer não é ruir, envelhecer é evoluir. Envelhecer não é perder a juventude, pois a juventude é caráter biológico que não se perde com a idade; pelo contrário, pode-se ficar mais jovem na medida em que se envelhece.

Somente os doentes perdem a juventude; a decrepitude, por ser um quadro patológico, se caracteriza pela perda da juventude. O envelhecimento é um processo de enriquecimento biológico pela eclosão de novas qualidades ou pelo aperfeiçoamento de outras já existentes, como o das qualidades superiores da mente. A inatividade é o principal fator de envelhecimento. O trabalhador braçal, do mesmo modo que o atleta, somente começa a sentir redução em sua capacidade de trabalho quando se descuida de seu preparo físico, através do qual poderia prolongar sua capacidade de trabalho em nível elevado por trinta ou trinta e cinco anos mais.

Alguns países introduziram a Educação Física nos locais de trabalho, extensiva a todas as idades, como profilaxia do envelhecimento prematuro. As qualidades superiores da mente apresentam maior desenvolvimento depois dos trinta e cinco anos de idade, tais como o juízo, o discernimento e a compreensão, expressão de desenvolvimento e de aperfeiçoamento biológico. O ser humano demora vinte anos crescendo e sessenta ou mais envelhecendo. Deve haver alguma razão biológica para justificar o longo período de envelhecimento humano. Segundo uma lógica de proporções, dever-se-ia conceder três vezes mais atenção ao longo envelhecimento do indivíduo do que ao seu curto período de crescimento.

2.2 ENVELHECIMENTO PREMATURO

As condições específicas de vida podem conduzir ao envelhecimento prematuro e à redução da capacidade produtiva do homem. Existe diferença entre o envelhecimento do homem do campo e o da cidade. O campo, desde que ofereça condições higiênicas e sanitárias, proporciona melhores condições para uma vida longa. Nas regiões onde predominam as infestações parasitárias e onde são precários os recursos higieno-dietético-sanitários, o campo envelhece o homem mais cedo do que a cidade. Na cidade, predominando condições diversas das do campo, o envelhecimento se processa em outro ritmo e obedece a outros fatores: alimentação inadequada, stress, infecções, intoxicações, poluição água-ar-alimentos, falta de exercício físico etc.

O envelhecimento prematuro acarreta fisicamente: cansaço excessivo, fraqueza muscular, redução de vitalidade, enfraquecimento dos dentes, queda e embranquecimento dos pêlos, rugas na face, manchas na pele e outros sinais evidenciadores do declínio físico. O declínio psíquico se evidencia pela perda do entusiasmo, ceticismo, esquecimento e redução da capacidade criadora. Os principais fatores responsáveis pelo envelhecimento prematuro são: 1) carência alimentar no período de formação do cérebro da criança, do pré-natal aos seis anos de idade; 2) alimentação inadequada e carência protéica depois dos seis anos; 3) tóxicos e toxinas alimentares; 4) processos infecciosos; 5) parasitos intestinais; 6) hábitos de vida inadequados: álcool, fumo, repouso insuficiente ou exagerado, exercícios físicos insuficientes; 7) stress econômico-social; 8) condições de vida inadequadas: habitação, trabalho, etc.

Em certos países o homem é considerado velho para o tra-

balho aos cinqüenta e cinco anos de idade, em outros aos quarenta e cinco, e em outros aos trinta e cinco anos de idade. Em qualquer dos casos o verdadeiro critério de seleção deveria ser o critério biológico, a idade biológica e não a idade cronológica. Do ponto de vista social, aquilo que interessa direta e imediatamente a qualquer povo é evitar o envelhecimento prematuro das populações e prolongar o período de vida ativa do homem que trabalha. Daí a importância da gerontologia para a civilização industrial e para o administrador e legislador moderno que desejem orientar suas decisões segundo rigorosas diretrizes científicas.

A redução das possibilidades de trabalho para maiores de trinta e cinco, quarenta e cinco ou cinqüenta e cinco anos, resulta, principalmente, do despreparo profissional para enfrentar o impacto da idade, o qual se acompanha, frequentemente, do esvaziamento do valor profissional, humano e social do ser humano. Assistindo perplexos e confusos a esse fenômeno psicossocial que os atinge na meia-idade, permanecem atônitos, paralisados e indefesos, sem saber decidir-se pela melhor atitude a tomar. Colhidos de surpresa nas malhas da civilização industrial, não aprendem ainda a vencer a situação nova que os envolve: a obsolescência.

Examinada em sentido profundo, a obsolescência prematura do homem traduz desamor à vida e perda do espírito de emulação, passando ele a aceitar a morte social como condenação obrigatória e inevitável contra a qual não se sente com forças para lutar. Amar a vida e o trabalho são exigências essenciais da cultura industrial moderna, é condição indispensável para merecer a vida civilizada. Esse aprendizado terá de ser feito

pelos gerontinos, se desejarem sincronizar com a civilização industrial da atualidade: amor à vida e ao trabalho criador.

A vontade de viver e de participar do conforto da vida civilizada exigem do gerontino demonstrar esforço no sentido de corresponder aos seus próprios interesses, a partir da preservação de seu equipamento biológico de vida e de trabalho: a saúde do corpo e da mente, seguida do interesse permanente pela educação profissional continuada (reciclagem profissional). Levando-se em conta que a realização viva do homem é intelectual, compreende-se que com o auxílio de uma pedagogia apropriada (gerontagogia) todo ser humano possa ser promovido para o espírito, qualquer que seja sua idade e qualquer que seja seu meio. É de recente criação na Califórnia, uma universidade para alunos maiores de cinquenta e cinco anos de idade.

Estudos recentes realizados em vários países entre grupos de adultos jovens e mais velhos não mostraram diferenças apreciáveis entre esses dois grupos quanto à capacidade de trabalho e à integração social, e daí terem sido consideradas desprezíveis essas diferenças. Estudos longitudinais sobre as diferentes fases de envelhecimento de grupos de pessoas têm permitido demonstrar a proporção de declínio trazida pela senescência. Declinam com a idade: o metabolismo basal, o rendimento de trabalho, o rendimento cardíaco, a capacidade vital pulmonar, a capacidade inspiratória máxima, a velocidade da condução nervosa, o conteúdo hídrico do corpo, a velocidade de filtração renal, o fluxo de plasma dos rins, a força de aperto das mãos e outras funções biológicas.

A idade de trinta anos é considerada padrão. Passados os trinta anos, mecanismos de compensação atuam no organismo pa-

ra manter a mesma capacidade funcional; no plano locomotor, a capacidade muscular é algo mais lenta, mas em compensação aumenta a resistência física; não é a idade melhor para as corridas de velocidade, mas nas corridas de resistência pode-se ainda ser o melhor. O boxeador de peso leve já é um velho aos quarenta anos, mas o peso-pesado e o peso-médio podem estar no alto da carreira. Em natação e t nis, a forma não   tão boa logo após os trinta anos, mas pode ser a melhor idade para a pesca submarina ou para ir   Lua. No plano cerebral, o virtuosismo e a facilidade das id ais são menores, mas em compensa o a experiência progride e com ela a pondera o. Em média, a idade das melhores realizações intelectuais varia dos quarenta aos sessenta anos de idade.

As pessoas maiores de trinta e cinco anos costumam ser responsabilizadas por defeitos ou incapacidades que não se justificam completamente, resultando desse comportamento coletivo o desprestígio da força de trabalho dessa faixa etária. Os *mores* e *folkways* de desprestígio do homem e da mulher pelo motivo idade originam-se de preconceitos de idade ou etarismo, que   uma espécie de discrimina o negadora de oportunidades, direitos e liberdades. Despreparados para enfrentar a situa o nova que os envolve, os maiores de trinta e cinco anos se v em acusados de pouca produtividade, absente ismo, doenças frequentes, facilidade de acidentes, inconstância de emprego, etc., mas nada disso tem a ver com a capacidade de trabalho de uma pessoa maior de trinta e cinco anos, quando se v  motivada e interessada no trabalho que executa. Trata-se, evidentemente, de questão de cultura e civiliza o, pois somente quem aprendeu a dar valor   vida depois dos trinta e cinco anos adquiriu

capacidade para preenchê-la, motivá-la e zelar por ela.

ARTE DE ENVELHECER

A civilização industrial desvaloriza a velhice por obsolescência e a acusa sobretudo por seu consentimento nessa obsolescência consciente, não reciclada, não atualizada. Ao investir contra os velhos, age dessa forma quando eles mantêm ou defendem idéias obsoletas, anacrônicas e atrasadas, não por terem cabelos brancos ou a pele enrugada. Investe contra os que pararam no tempo, não evoluíram, e se negam a aceitar a ciência, a tecnologia, as idéias em ação e o trabalho em realização.

Envelhecer não significa ser estratificado, anquilosado de espírito ou vazio de ideais. Envelhecer tem outro sentido: é ser mais experiente, mais vivido e seguro de suas próprias ações. Envelhecer corretamente e com sabedoria constitui verdadeira arte.

O papel biológico e social dos velhos é informar às gerações mais jovens, que ávida e sequiosamente buscam essas informações. O envelhecimento consiste em evitar descambar para a senilidade, para a doença e para a invalidez, sem jamais aposentar os músculos, o cérebro e as glândulas. Envelhecer significa esse esforço individual, de vez que a participação do indivíduo é essencial nesse processo.

Aconselhamos jamais perder o interesse pela vida e procurar manter continuada atividade física e mental; não se entregar a nenhuma renúncia física prematura; dedicar-se a qualquer atividade criadora e a alguém; interessar-se pelos problemas dos jovens, filhos, netos, etc.; não se isolar; não se entregar ao desânimo; aceitar a velhice com serenidade e boa

dose de renúncia; preparar-se sabiamente para a retirada; esquecer as aspirações inatingíveis; pôr de lado a vaidade e aceitar com filosofia a obscuridade; não se agarrar ao que foge; conservar a capacidade e o interesse para observar, compreender, apreender; manter quantas atividades seja capaz; tornar-se espectador de uma época que não é mais a sua, procurando descobrir os prazeres e as motivações próprios da sua idade. / O envelhecimento não se obtém pela morte nem por obra do acaso; resulta de atividade racional, perseverança e tenacidade.

3 CARACTERIZAÇÃO CRONOLÓGICA E FISIOLÓGICA DE VELHICE

A Organização Mundial de Saúde criou uma nomenclatura em 1963, para definir faixas etárias ou períodos que variam de quarenta e cinco a noventa anos:

- 45 aos 59 anos - idade mediana
- 60 aos 74 anos - idoso
- 75 aos 90 anos - ancião
- 90 anos em diante - velhice extrema.

A Organização Mundial de Saúde considera a idade de sessenta e cinco anos, como limite inicial, caracterizador da velhice, embora estabeleça apenas o valor cronológico que não corresponde à idade fisiológica.

Apesar da pessoa idosa ter estatisticamente mais doenças e cicatrizes de doenças anteriores do que as mais jovens, velhice não é doença. Na realidade, velhice - com suas características biológicas - é um momento da vida como os outros, podendo ou não ter mais doenças associadas.

Quase todos os órgãos perdem a capacidade funcional com a idade, mas a proporção é variável e é acelerada por riscos ambientais e certas doenças crônicas.

O aspecto geral do indivíduo idoso sofre várias modificações já entre quarenta e cinquenta anos, a silhueta geral começa a modificar-se. A atitude postural do indivíduo idoso, caracteriza-se pela preponderância das flexões. A coluna cer-

vical curva-se para a frente, aproximando a cabeça do esterno, exagera-se a cifose dorsal, imobiliza-se a coluna lombar e os membros tendem a fletir-se ao nível dos cotovelos, dos joelhos e das articulações coxo-femorais.

A marcha torna-se mais lenta, traduzindo-se por pequenos passos, onde os pés arrastam descontroladamente pelo solo. A pele, principalmente nas partes expostas perde seu viço e se pigmenta, fica seca, amarelada e sem elasticidade. Manchas pardacentas aparecem principalmente no dorso das mãos. O poder de cicatrização se reduz drasticamente; aos sessenta anos vamos notar uma diminuição da audição e da visão; aos setenta anos ocorre diminuição do paladar, do olfato e tato em virtude da degeneração das terminações nervosas.

3.1 APARELHO CÁRDIO-VASCULAR

Muitas vezes o comprometimento do coração é que leva a muitas doenças encontradas na velhice; devido às circunstâncias perdeu muito de sua reserva fisiológica.

Segundo BARCELOS FERREIRA, vão existir várias alterações anatômicas e fisiológicas que vão levar o coração senil à fibrose, a uma maior rigidez das válvulas cardíacas, hipertrofia ventricular, modificações na circulação coronariana e presença de esclerose de Monckeberg.

Após os sessenta anos de idade a capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos nos esforços está diminuída, a reserva cardíaca vai baixando, o consumo de oxigênio diminuindo.

3.2 APARELHO RESPIRATÓRIO

Além das alterações morfológicas relacionadas à idade no sistema respiratório, os efeitos das ações ambientais também estão presentes, devido ao fato dos pulmões estarem expostos a toxinas de cigarro, poluição.

Morfologicamente os pulmões diminuem de volume e perdem a elasticidade, ocorre uma diminuição da elasticidade da caixa torácica devido à deposição de cálcio no sistema ósteo cartilaginoso e um enfraquecimento da musculatura respiratória, resultando portanto numa diminuição da ventilação pulmonar.

O esforço expiratório prevalece sobre a inspiração, constituindo a asma senil.

O aparelho digestivo também sofre modificações, ocorrendo uma atrofia das glândulas salivares que são parcialmente substituídas por tecido gorduroso. A secreção salivar e o seu teor em ptialina diminuem.

Há uma diminuição da atividade secretora das diferentes partes do tracto gastro-intestinal, levando a uma hipocloridria ou acloridria, isto explica porque o idoso não vai à alcalose hipoclorídrica em consequência de vômitos e aspirações gástricas.

Do ponto de vista motor o esôfago é o mais comprometido. As contrações de fome do estômago diminuem em ritmo e intensidade. Ocorre uma hipocinesia, o que torna a digestão lenta e difícil, gerando a constipação intestinal crônica.

A absorção gastro-intestinal diminui para determinados tipos de alimentos e medicamentos; diminui também a função excretora do pâncreas e a secreção biliar, fazendo com que a digestão das gorduras torne-se incompleta, surgindo as fermenta-

ções intestinais.

O fígado tem seu peso e volume diminuídos, estando, portanto, a função hepática alterada.

3.3 RIM

Com o envelhecimento, há perda do peso do rim e diminuição da massa do parênquima. Reduz-se também o número e o tamanho dos néfrons, fazendo com que diminua a irrigação e consequentemente a filtração glomerular.

À medida que evolui este quadro, ocorre o agravamento e diminuição na função tubular, gerando uma modificação da glicosúria e diminuição da capacidade de concentração urinária, e isto resulta numa eliminação maior de urina, com densidade mais baixa, que permitirá a eliminação dos excretos facilitando uma desidratação.

3.4 SISTEMA NERVOSO

O cérebro perde aproximadamente 11% de seu peso, como resultado do envelhecimento ocorre uma retração das circunvoluções cerebrais e um claro alargamento dos ventrículos. A perda dos neurônios começa aproximadamente aos 25 anos.

Estudos mostram que o processo de envelhecimento pode afetar mais significativamente os mecanismos monoaminoenergéticos e ser um fator predisponente no desenvolvimento das chamadas *"mudanças cerebrais suaves relacionadas com a idade"* que incluem a redução do tônus muscular, distúrbios de memória, mudanças do comportamento afetivo, desorientação no tempo e espaço e distúrbios do sono. Ocorre uma gradual diminuição da velocidade e da intensidade dos reflexos, também nas sensibi-

lidades visuais, auditivas, térmicas e dolorosas.

3.5 APARELHO MÚSCULO-ESQUELÉTICO

O envelhecimento ósseo se acompanha de perda de substância óssea em todo o esqueleto, a atrofia óssea é semelhante à atrofia que os outros tecidos sofrem com o envelhecimento. Observa-se variação na quantidade de osso do esqueleto de indivíduo para indivíduo. Alguns fatores que interferem:

- 1) quantidade de osso na idade adulta;
- 2) menor desenvolvimento esquelético em crianças do sexo feminino, porque a relação massa óssea / peso corporal é menor no sexo feminino do que no masculino, isto é um dos fatores que explicam a maior incidência de osteoporose em mulheres de idade avançada;
- 3) perda óssea pós menopausa, que pode ser evitada inicialmente através da administração de estrógenos.

O envelhecimento das articulações e tecidos conjuntivos pode começar nas cartilagens articulares e não articulares por volta dos vinte anos.

As fibras elásticas perdem sua resistência e se fragmentam, fibrosam-se e se calcificam.

Associado a estes anteriores ocorre o envelhecimento muscular, onde existirá uma atrofia das células de Purkinge do cerebelo, responsável pelo tônus muscular e o seu conseqüente enfraquecimento muscular.

Demonstrou-se também que ocorre uma diminuição da força muscular, sendo esta mais associada ao sexo masculino, podendo estar associada à má absorção de potássio alimentar. Mas segundo HETTINGER existem mais dois fatores que são a pouca exposição ao

sol e a secreção de hormônios sexuais.

A seguir são apresentadas as doenças que ocorrem normalmente com o envelhecimento.

3.6 A ATIVIDADE FÍSICA COMO PREVENÇÃO DE SAÚDE

O declínio físico das pessoas que atingem a velhice é resultado inevitável da idade, ou será ele induzido por mudanças que essas pessoas fazem à medida que ficam mais velhas?

A inatividade física em nossos dias é tão acentuada, e não nos damos conta de que isto será a causa de muitas doenças que se poderia evitar ou pelo menos retardar.

A inatividade aumenta a atrofia de certos tecidos, reduz a função cardíaca e aumenta a suscetibilidade à fadiga; conseqüentemente, se aumentássemos nossos esforços aumentaríamos nossas capacidades de fazermos esforços e evitaríamos muitas coisas.

A falta de movimento devido à automatização (a máquina poupando o homem de todo esforço físico), a motorização, a televisão, tornam-se um problema coletivo e não individual, pois está atingindo a todos de uma maneira geral; nada tem sido feito em prol do tempo livre que dispomos, apenas tendo acesso a um melhor uso desse tempo livre uma minoria, que por falta de incentivo, esclarecimento e mesmo comodismo não faz uso deste de uma forma sadia.

A televisão, os meios de transporte, a assistência mecânica permanente, os nossos governantes, todos têm sua responsabilidade, provocando nossa quase que total passividade.

Os males causados pela inatividade física podem ser observados com a diminuição da eficácia cárdio-respiratória, em

repouso e durante o esforço, diminuição da força e da elasticidade muscular, aumento do tecido adiposo, incapacidade cada vez maior de se adaptar às exigências físicas.

Podemos notar que a atividade física é tão importante, principalmente ao idoso, e porque não proporcionar-lhes programas que lhes dêem condições de satisfação dessas necessidades, sendo que o preparo físico relaciona-se estritamente com a capacidade de reagir de uma maneira adequada às exigências do meio ambiente, ou seja, possibilitar ao idoso a sua independência, a conservação de sua saúde, a autonomia de seus deslocamentos, dando-lhe condições para realizar as tarefas usuais do dia-a-dia, a fim de continuar integrado à comunidade a que pertence; e não contribuir para isso com sua segregação.

Para se iniciar ou reiniciar um programa de atividade física faz-se necessário uma avaliação da saúde física através de exame clínico e provas funcionais como:

- prova de esforço (eletrocardiograma de esforço);
- controle de percentual de gordura;
- controle da capacidade respiratória;
- testes físicos (flexibilidade, força e resistência muscular).

Os tecidos e as funções do corpo são melhorados com a atividade física e quando não trabalhados, afetam principalmente o aparelho locomotor e os sistemas cárdio-circulatório, respiratório e metabólico.

No aparelho locomotor se produzem alterações degenerativas, atingindo o tecido cartilaginoso e as articulações (artrose, adelgaçamento das cartilagens e dos discos intervertebrais). Começam a endurecer na medida em que as pessoas envelhecem, tor-

nando-se vulneráveis aos ataques de artrite, reumatismo etc., produzindo deformações articulares que prejudicam a capacidade funcional das articulações.

As doenças degenerativas das articulações e da coluna vertebral começam pelas cartilagens ou pelos discos intervertebrais, perdendo sua elasticidade e se deteriorando; como consequência se desenvolvem excrescências ósseas denominadas osteofites.

As artroses e as espondiloses se desenvolvem sempre lentamente, mas quando elas aparecem são irreparáveis, por isso é essencial a prevenção e profilaxia. Sendo rapidamente detectada e tratada a tempo, pode ser evitada a evolução de uma artrose.

As medidas profiláticas recomendadas são:

- 1) redução de peso;
- 2) exercício físico;
- 3) natação (água quente);
- 4) evitar esforços unilaterais;
- 5) tratamento ortopédico quando necessário;
- 6) intervenção cirúrgica. *(Alguns casos)*

A frouxidão dos músculos das pernas é a causa mais frequente das varizes. *(mesq. V. Lumbos Venozos)*

Devido as alterações ocorridas no sistema nervoso, o processo de elaboração de informações é atingido, afetando portanto a coordenação, a concentração e reação gerando com isso a angústia, sentimento de inutilidade, baixa estima, etc.

+ R. por cutâneas Com exercícios apropriados o coração torna-se mais rico em oxigênio, *(bate mais)* devagar quando em repouso e durante o trabalho adquire uma maior capacidade de bombeamento.

O exercício produz um aumento de capilarização, que será necessário quando ocorrer a parada de um vaso sanguíneo.

Ocorre também um nível demasiado alto de lípides sanguíneos com a inatividade, sendo o colesterol um de seus indicadores, podendo ser influenciado pelo treinamento, os triglicérides (graxas neutras do sangue) sofrem uma intensa redução.

É importante conservar um bom condicionamento físico na velhice, através da prática metódica e regular de uma atividade física corretamente escolhida.

Essas atividades físicas não exigem aparelhagens sofisticadas, grandes custos, exigem apenas boa vontade de técnicos e de órgãos governamentais, instituições, para que os mesmos incluam nos programas já existentes atividades para idosos, e deficientes idosos, é claro nunca visando uma segregação e sim uma integração destes à coletividade.

Algumas atividades que podem ser desenvolvidas:

- Caminhadas, natação, dança, jardinagem (sendo que esta última, além de proporcionar um contato com a natureza, exige movimentos suaves e outros mais vigorosos, trazendo paz de espírito e alegria). E por que não fazermos estas atividades junto com crianças, jovens e adultos? Basta apenas nos propormos a incluí-los aos programas já existentes, e não deixá-los à margem do processo.

X importante verificar
- o que o IBERS gostaria
de FATEC
- não impor atividades.
- Avaliação Médica
sug' de recomendação
em atividades
Cooperativas

4 O LAZER E SUA IMPORTÂNCIA

O vocábulo *lazer* derivado do substantivo latino *otium* cujo sentido é ócio, descanso, repouso e que estão relacionados com a recreação, mas são diferentes. "*Lazer é o espaço de tempo livre entre o trabalho e o repouso, isto é, as horas disponíveis após as obrigações diárias, tempo esse em que se faz o que se quer, porque se quer fazer.*" Querer fazer significa dispor do ócio de uma maneira espontânea, inteligente e criadora.

O lazer ensina a organizar a vida nas horas livres. (Encarado desta maneira poupa o indivíduo de um desgaste de energia e tira o idoso do ambiente de monotonia em que vive.)

O lazer é mais importante para o idoso, já que ele fez parte das forças ativas do mercado de trabalho, ou fez parte de uma comunidade, onde o desgaste era maior, e principalmente visará o bem-estar desse indivíduo.

4.1 FUNÇÃO DO LAZER

A função educativa do lazer abrange dois aspectos: a educação através do lazer e a educação para o lazer.

Educação através do lazer: as ocupações de lazer devem oferecer meios para o indivíduo poder exercitar o seu poder de criar idéias, de realizar opções e dessa forma ir aprimorando suas faculdades de percepção de problemas. Tudo isso é pos-

sível na medida em que se motiva o surgimento de novas formas de comportamento coletivo, de sociabilidade, e as pessoas passam a adotar atitudes ativas no emprego dos diferentes meios de comunicação, o que provocará a complementação, a atualização ou mesmo o aperfeiçoamento de atitudes e conhecimentos adquiridos, na família ou comunidade onde estava inserido.

É o lazer educativo ampliando a imaginação criadora, despertando-o para a importância de sua participação e colaboração no meio em que vive.

- Educação para o lazer:

Significa expor as pessoas desde cedo e por muito tempo, nos lares, asilos, e dentro da comunidade a experiências que as ajudarão a desenvolver critérios e habilidades no uso de um crescente tempo de lazer. É um processo lento e seguro envolvendo a transmissão de aptidões e a boa vontade em exercê-las.

4.2 POLÍTICA DE LAZER PODE INICIAR COMO UMA POLÍTICA ANTI-EQUIPAMENTOS

O equipamento físico de lazer é mais importante para o uso qualitativo e não quantitativo do tempo livre.

Não se faz necessário investir numa obra para o lazer da população, pois em se tratando de gastos financeiros com um investimento x na construção, torna-se necessário um investimento $x/10$ na manutenção e animação do equipamento.

Tratando-se do lazer para o idoso, deve-se levar em conta que praticamente não existem ofertas de lazer específico para eles. Um programa voltado para esse público deve, além de levar em conta essa carência, propor atividades que ofereçam

oportunidade de contato do idoso com outras faixas etárias, combatendo as tendências segregacionistas existentes de ambos os lados.

Em relação ao idoso deficiente, o lazer para eles apresenta características bastante específicas, em virtude das quais suas atividades nessa área, além das funções de repouso, divertimento e desenvolvimento pessoal e social, comuns aos demais grupos da produção, adquirem também uma função terapêutica, na medida em que devem contribuir para a recuperação física ou psicológica dos indivíduos.

Sugestão de atividades: bibliotecas circulantes, circuitos artísticos, jogos de salão, oficinas de artesanato, atividades associativas (bailes, comemorações de datas significativas).

4.3 O LAZER COMO OCUPAÇÃO

Lazer significa ocupação, é algo em que nos ocupamos como atividade. Os indivíduos sentem-se emocionalmente incentivados a participarem de uma determinada atividade de lazer.

Em entidades como asilos, prisões, hospitais, a ociosidade, o isolamento afetivo provocam perturbações, neuroses, descritas como neuroses institucionais e demências asilares.

4.4 LAZER COMO OCUPAÇÃO NÃO OBRIGATÓRIA

O lazer é uma ocupação a que o indivíduo não está obrigado. A não obrigatoriedade é elemento essencial, e a ocupação resulta apenas do interesse do indivíduo. É eliminada a idéia de dirigismo no lazer, ou seja, a obrigatoriedade da prática de certas atividades, em desrespeito ao interesse parti-

cular do indivíduo por outras atividades que mais lhe agradem.

4.5 PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS EM GRUPOS DE LAZER

A participação em grupo é a solução mais viável para os conflitos oriundos do asilamento e da inatividade.

O engajamento nos grupos de atividades recreativas possibilita que não ocorra desgaste psicológico, já que a ociosidade predispõe a um processo de regressão e apatia, de desinteresse por si próprio e pelos outros. Esse desinteresse muitas vezes pode até ocasionar a morte.

Portanto, é relevante a necessidade de reativar o idoso de seu estado de passividade, de apatia, de imobilidade, para levá-lo a uma vida ativa, a qual contribuirá para que ele se sinta reintegrado, favorecendo o restabelecimento de contatos com a família, com amigos, com pessoas da comunidade e com os próprios idosos.

O lazer pode proporcionar uma melhor capacidade de adaptação à entidade. Um melhor preenchimento do tempo livre, combatendo as agressões, conflitos, apatias.

Desenvolver a cooperação, criatividade e integração.

4.6 NECESSIDADES DE DEFICIENTES IDOSOS

Pessoas deficientes idosas têm as mesmas necessidades básicas quando se aproximam da velhice, do que as outras pessoas, se se quiser que gozem de vida satisfatória.

Elas deveriam poder esperar:

- 1) manutenção de identidade pessoal desenvolvida no decorso de suas vidas;
- 2) espaço para ação independente e livre escolha até a

- capacidade total de suas habilidades e situações;
- 3) interação social dentro e além da família - ter amigos, envolvimento na vida da vizinhança e comunidade mais ampla estabelecendo e mantendo relacionamentos novos;
 - 4) oportunidades de atividade agradável com outras pessoas e sozinhas;
 - 5) acesso à privacidade, objetos pessoais e escolha na organização do ambiente pessoal;
 - 6) preocupação de parte daqueles que servem os deficientes idosos com sua qualidade de vida.

Envelhecer na nossa civilização é difícil porque o homem e a mulher deficientes idosos recebem pouca ou nenhuma compreensão e ajuda da sociedade.

Desenvolver interesse e gosto por atividades intelectuais, físicas, pela arte, pela música, pela literatura, constitui parte importante da preparação para a velhice.

Por meio desse trabalho objetivamos poder prepará-los e dar-lhes acesso para uma velhice mais digna, mais confiante. Pois as evidências, ou seja a falta de um programa específico nos levaram a propor programas de trabalho para os deficientes idosos, oferecendo a estes oportunidades de novas relações sociais e de manutenção da ocupação do tempo livre em atividades de lazer, além de poderem usufruir de serviços essenciais, como alimentação, assistência médica e social.

Ainda não se deu a atenção necessária às pesquisas sobre os diversos aspectos e condições de vida do deficiente idoso. Não sentimos por parte dos órgãos governamentais e instituições sociais uma preocupação em relação ao deficiente ido-

so, ou seja, uma melhora no padrão de atendimento, quer dizer uma adaptação e capacitação de recursos humanos para atendê-los.

Uma população com grande percentual de idosos já é por si mesma, uma questão social; e quando esse grupo etário, não estabelece relações harmônicas com os demais, passa a constituir um problema social dos mais sérios. Os deficientes idosos em função de um meio social relativamente hostil à sua presença, pela falta de preparo para a vida, de independência, da precária situação econômica, nem sempre têm encontrado condições para uma vida integrada e participativa.

A preocupação fundamental deve ser a de desenvolver uma política que busque a melhoria da qualidade de vida, o que implica ações originadas nos diversos setores do sistema social.

A elaboração de programas para deficientes idosos exige uma sensibilização dos órgãos governamentais, das instituições, de profissionais e da coletividade em geral, para o fato de que estes têm condições para desempenhar diversos papéis, em termos de contribuição social.

Para tratarmos socialmente das pessoas deficientes idosas, devemos continuar separando-as ou devemos nos esforçar para integrá-las à sociedade normal?

5 CARACTERIZAÇÃO DE DEFICIÊNCIAS DE ACORDO COM DEL. 020/86 E 001/83 E 004/86 DA CEE/SEED

Deficiente - considera-se deficiente aquele que apresenta restrição ou prevenção na execução de uma atividade, resultante de um impedimento na forma ou dentro dos limites considerados normais (Organização Mundial de Saúde).

5.1 DEFICIÊNCIA DA AUDIOCOMUNICAÇÃO

Alteração na capacidade de perceber sons, comprovada por diagnóstico de especialista na área.

Pode caracterizar-se por:

a) Surdez grave ou profunda (surdos)

Os surdos apresentam perda de audição em tal grau que impede a percepção da voz humana, necessitando de métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para aquisição, correção e desenvolvimento da linguagem.

Poderão ser atendidos em Centros Especializados onde serão aplicadas técnicas específicas indispensáveis à sua reabilitação, ou em Sala Comum do Ensino Regular quando atingirem um nível de comunicação adequado e domínio de conceitos básicos. Podendo receber apoio de Sala de Recursos ou de professor itinerante ou ainda ser atendido em Classe Especial.

b) Surdez média (parcialmente surdos)

Os parcialmente surdos, embora com perda de audição, po-

dem perceber a voz humana, apresentam dificuldades de compreensão da mensagem e da expressão oral, porém necessitam de métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para correção, desenvolvimento da linguagem e treinamento auditivo.

Além de técnicas especializadas, seu atendimento será feito em Classe Comum com apoio da Sala de Recursos e/ou de professor itinerante ou em Classe Especial, obedecendo o currículo do Ensino Regular adaptado.

Conforme o diagnóstico de equipe multidisciplinar poderão ser atendidos ainda em: Centro de Reabilitação ou em Clínica para treinamento auditivo.

5.2 DEFICIÊNCIA MENTAL

A deficiência mental refere-se ao funcionamento intelectual inferior ao termo médio que se origina no período de desenvolvimento.

O portador de deficiência mental caracteriza-se por níveis de deficiência intelectual desde o nível leve e moderado até o severo e profundo. Conforme a avaliação de suas condições de desenvolvimento (diagnóstico multidisciplinar), educacionalmente, classificam-se em:

a) *Educáveis*

São os que, embora possuindo grau de inteligência significativamente abaixo da média, podem ser alfabetizados, segundo currículo adaptado às suas condições pessoais. Alcançam ajustamento social e ocupacional e, na idade adulta, independência econômica parcial ou total (KIRK: QI 50-55 a 75-79). O grupo de alunos educáveis corresponde na classificação da Organização Mundial de Saúde ao grupo com deficiência mental le-

ve. Seu atendimento deve ser em: Sala Comum, Classe Especial, Sala de Recursos ou em programa especial de acordo com o que a avaliação do nível de desenvolvimento indicar.

b) *Treináveis*

São os que têm grande dificuldade em alfabetizar-se e para adquirir independência completa em seus ajustamentos sociais e ocupacionais (KIRK: QI 30-35 a 50-55). Na classificação da Organização Mundial de Saúde corresponde ao grau moderado-severo de retardo. Atendimento em: Escola Especial ou outro cuja avaliação de seus níveis de desenvolvimento exigir.

c) *Dependentes*

São os caracterizados por retardo mental profundo tornando-se dependentes da ajuda alheia em termos de necessidades associadas à própria sobrevivência (KIRK: QI 25-30 e abaixo).

Corresponde este grupo ao grau de retardo profundo na classificação da Organização Mundial de Saúde.

Atendimento em: "*Centro de Dia*" ou outra instituição especializada que considere as suas necessidades básicas de desenvolvimento e ajustamento.

5.3 DEFICIÊNCIA FÍSICA MOTORA

Alterações ortopédicas e/ou neurológicas comprovadas por diagnóstico de especialistas nas respectivas áreas.

Dependendo dos diversos graus de comprometimento motor, seus portadores deverão ser atendidos de acordo com a indicação de equipe multidisciplinar em: Classe Comum, Classe Especial, Centros de Reabilitação, Clínica de Reabilitação, seguindo-se as diretrizes do currículo do Ensino Regular.

5.4 DEFICIÊNCIA VISUAL

Alteração na capacidade de perceber imagens, comprovada por diagnóstico de especialista na área.

Pode caracterizar-se por:

a) *Perda total ou quase total da visão (cegos)*

Cegos são os que apresentam perda total ou parcial de visão, em tal grau que necessitam de método Braille como meio de leitura e escrita e/ou de outros métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para sua educação.

b) *Visão reduzida ou visão sub-normal (parcialmente cegos)*

Parcialmente cegos são os que embora com distúrbios de visão, possuem resíduos visuais em tal grau que lhes permitem ler textos impressos à tinta. Não se incluem nesta categoria as deficiências facilmente corrigidas pelo uso adequado de lentes.

O atendimento do deficiente visual deverá ser feito, sempre que possível, no sistema regular de ensino, desde que se empreguem recursos didáticos e equipamentos especiais para a sua educação, com apoio de professor itinerante e Sala de Recursos.

5.5 DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

Apresentação de mais de uma deficiência nas áreas sensorial, física ou mental.

O atendimento de deficientes nessas condições será realizado em Instituições especializadas que possibilitem o atendimento de suas necessidades específicas.

6 VELHICE NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA

Os estudos sobre a demografia mundial afirmam que até o final deste século a população do mundo será de seis bilhões e duzentos milhões de habitantes, distribuídos na razão de aproximadamente um bilhão e trezentos milhões nas regiões menos desenvolvidas. A longevidade também será expressivamente elevada e a esperança média de vida será de setenta anos para as mulheres nos países ricos, e setenta e um anos para os homens, e setenta e quatro anos para as mulheres nos países pobres.

É flagrante a diferença entre os países ricos e pobres. Nos primeiros, os percentuais de idosos na população estarão com índices superiores a 13%, enquanto nos segundos atingirão 5%.

Conclui-se, portanto, que o fenômeno da longevidade, embora em caráter universal, não mudará substancialmente o panorama da pirâmide etária do mundo atual. Entretanto, afetará os países menos desenvolvidos, acarretando o surgimento de um novo problema social, na medida em que o ajustamento do grupo etário idoso não se processe de maneira normal, com adequadas condições que garantam a qualidade de vida.

Essa afirmativa é reforçada pelos indicadores econômicos: se a América do Norte, com um pouco mais de 6% da população mundial, representa 40% da renda mundial e a Europa e URSS com 22% da população totalizam 38% da renda mundial, estima-se que 70%

da população do mundo dividem apenas 22% da renda mundial.

Em todos os discursos sobre a questão do envelhecimento nota-se a tendência em observá-lo especialmente como resultado de um envelhecimento demográfico, fenômeno esse nitidamente presente nas sociedades desenvolvidas, onde esse grupo etário tende a uma situação de isolamento e a vivenciar certas dificuldades sociais que o colocam numa posição de desigualdade com os demais grupos etários em termos de menor qualidade de vida.

Com relação aos países de baixo nível de desenvolvimento, nos quais os problemas relacionados à saúde, educação, trabalho são sensivelmente graves, existe uma tendência a não se considerar o problema do envelhecimento no rol das grandes questões sociais, sobretudo pela pouca representatividade desse grupo na pirâmide etária populacional. Por outro lado, a predominância de culturas não totalmente urbanas mantém a idéia de que as estruturas tradicionais da família são mantidas e que elas garantem aos idosos a necessária inserção social e proteção econômica.

Essa visão, contudo, nem sempre corresponde à realidade. O continente latino-americano, por exemplo, bem demonstra essa situação. Em que pesem algumas diferenças, os países da América Latina guardam em comum a condição do subdesenvolvimento, muito embora alguns deles venham apresentando acelerado processo de industrialização e urbanização e já tenham atingido, em certas regiões, elevado nível de desenvolvimento.

Têm em comum altos índices populacionais em relação ao produto nacional bruto, com uma concentração da renda entre muito poucos, fato esse responsável por grandes desigualdades sociais. Finalmente podem ser considerados países da popula-

ção jovem, grupo etário esse proporcionalmente sempre superior, numericamente, ao dos idosos.

A condição de pobreza determina problemas sociais graves que se juntam a outros problemas resultantes dos processos desordenados do desenvolvimento. Esse processo múltiplo afeta o conjunto das estruturas econômico-político-sociais, agravado por circunstâncias comuns, resultantes da própria vida urbana. É nesse quadro geral que nos países da América Latina se colocam as questões da velhice.

A tendência de se agrupar os problemas sociais segundo uma ordem de maior importância, estabelecidos por critérios técnicos e humanitários, mas também por critérios ideológicos e políticos, acaba por definir certos problemas como de menor importância, dentre os quais são considerados os problemas dos idosos.

Assim, esta questão nem sempre integra o conjunto dos problemas a serem examinados com vista a uma política global, como se fossem absolutamente independentes do contexto social.

É certo que a problemática da velhice nos países latino-americanos não se coloca nos mesmos termos que nos países ocidentais desenvolvidos. Nestes últimos, o desenvolvimento e o enriquecimento colocaram em marcha um duplo processo: de um lado, o progresso social com a melhoria do nível de bem-estar, de saúde, das condições de trabalho e do aumento da esperança de vida, e de outro, um processo de exclusão social das categorias menos favorecidas - imigrantes, deficientes, idosos, etc. - categorias essas sempre cercadas da condição de pobreza.

Sabe-se que nas sociedades ricas são sempre os idosos que constituem os grupos mais pobres. No caso dos países sub-

desenvolvidos são as transformações desenvolvimentistas que ocasionam os problemas mais sérios da velhice.

Se se traçar um perfil dessas sociedades em transformação, verificar-se-á que semelhante situação se multiplica em todos os países, com maior ou menor intensidade, com matizes diferentes, de acordo com o contexto histórico e cultural, mas sem afetar a identidade do problema em sua substância e significância social.

Uma análise do caso brasileiro permitirá tirar conclusões que podem ser validamente aplicadas aos problemas das demais sociedades latino-americanas, guardadas, naturalmente, as devidas proporções.

6.1 A REALIDADE BRASILEIRA

(Aspectos demográficos)

Na América Latina o Brasil ocupa uma posição singular, tanto pelo número elevado de sua população, como por sua superfície.

Sendo um país de dimensões continentais - $8.511.965 \text{ km}^2$ - ocupa 47% do continente da América do Sul, estendendo-se desde a região do Equador até o Trópico de Capricórnio, figurando entre as nações mais extensas do mundo.

Nos últimos anos o Brasil apresentou, sem dúvida alguma, o maior crescimento econômico entre os demais países de seu continente. Entretanto, esse desenvolvimento econômico não se traduziu em diminuição dos problemas sociais, continuando a figurar como o país dos grandes contrastes e contradições, no qual o nível de desenvolvimento está muito abaixo da grandiosidade potencial de recursos de que dispõe.

As acentuadas diferenças entre as regiões norte/nordeste e a sul do país representam um dos grandes contrastes. Nas primeiras predomina a economia de subsistência, enquanto no sul as regiões de forte industrialização lembram os países altamente desenvolvidos. No estado de São Paulo, por exemplo, a renda por habitante corresponde ao dobro da renda média de todo o resto do país. Essa região se beneficiou do tão conhecido processo de concentração capitalista que lança homem e capital em zonas de grande produção. Mas os contrastes regionais têm igualmente uma história caótica, cíclica, na qual cada região teve sua maior importância durante um período da história. Assim, o norte/nordeste não ultrapassaram as estruturas sociais e econômicas da época colonial, que continuam ainda hoje, a obstaculizar o acesso a um desenvolvimento moderno.

Nas últimas décadas, a população brasileira passou de quarenta e um milhões (1960) para cento e dezenove milhões (1980), distribuindo-se desequilibradamente no território nacional.

As regiões sul e sudeste, que ocupam apenas 18% do território, abrigam 61% da população. Em verdade, o crescimento populacional brasileiro ocorreu em 3/4 partes nos centros urbanos, notadamente nas regiões sul e sudeste.

A pirâmide brasileira é acentuadamente constituída por jovens; 50,46% com menos de vinte anos, contra 5,9% com mais de sessenta anos. Entretanto, foi nas duas últimas décadas que se verificou um aumento considerável do número de idosos e as projeções para o final do século são de um percentual de 7,3% de idosos, correspondendo a 13.563.331 pessoas. A esperança de vida que hoje é de sessenta e um anos para os homens e sessenta e cinco para as mulheres, atingirá no final deste século a

setenta e um e setenta e cinco anos, respectivamente.

6.2 A MARGINALIZAÇÃO SOCIAL

As questões sociais relativas aos idosos normais e deficientes se tornaram mais agudas nestes últimos anos. Essas questões já despertaram a atenção de inúmeros profissionais, instituições sociais e órgãos governamentais; contudo a ação em prol das pessoas idosas, enquanto organizada, é relativamente limitada.

Igualmente, apareceram e se multiplicaram nesses últimos anos várias formas de medidas assistenciais e promocionais desse grupo etário. Infelizmente essas iniciativas não foram acompanhadas de estudos e pesquisas que pudessem traduzir, em bases mais científicas, as condições de vida dessa população. Assim, a maior parte dos documentos e trabalhos literários brasileiros que tratam do assunto são construídos com base em experiências particulares de seus autores, na observação participante, e não a partir de estudos detalhados. Ainda, essa questão assume maior dimensão se levarmos em consideração a extraordinária dimensão territorial do Brasil e diversidade cultural de suas regiões, o que nem sempre possibilita generalizar situações como válidas para todo o país. Assim, por exemplo, certos traços que caracterizam a situação social dos idosos estão presentes em todas as regiões, mas sua incidência e intensidade nem sempre são as mesmas.

O nível de desenvolvimento, de urbanização e industrialização são condições determinantes dos problemas sociais e, sob esse ponto de vista, o Brasil apresenta situações muito diversas. Entretanto, o processo de desenvolvimento acelerado,

específico de certas regiões, e sua influência sobre os modos de vida da maioria dos centros urbanos criam situações particulares para a população idosa desses centros e mesmo para aquela que vive nas regiões menos desenvolvidas. Por isso, os centros urbanos das regiões mais desenvolvidas podem ser tomados como exemplos que, sem dúvida alguma, se tornarão comuns, na medida em que o desenvolvimento se processe.

Em 1976 técnicos sociais de todos os estados da federação que atuavam em programas de atendimento à terceira idade elaboraram um diagnóstico da situação dos idosos no Brasil. Este estudo chegou à conclusão de que existe uma tendência geral em marginalizar essas pessoas na sociedade brasileira, como resultado dos condicionamentos sócio-culturais, na medida em que as pessoas mais idosas se tornam menos importantes para o grupo social a que pertencem.

Com efeito, a sociedade brasileira dá mais importância à formação e à adaptação das faixas etárias jovens que apresentam problemas sociais cuja gravidade cresce continuamente. Tudo isso contribui para a pouca atenção aos problemas do desajustamento e das condições precárias de vida dos idosos.

Os fenômenos de industrialização e urbanização introduziram mudanças sociais que afetaram a estrutura da família. A família tradicional brasileira tinha características patriarcais: extensa, hierárquica, com muitos filhos e subordinada ao poder autoritário do pai. Este era também o chefe, o patrão, o juiz, o líder político, o conselheiro por causa de sua sabedoria e experiência. Em volta desse tronco da família patriarcal gravitavam na vida e no trabalho muitas famílias: netos, filhos, irmãos, sobrinhos, escravos. Todos dependiam do chefe da fa-

mília. Neste tipo de família, o idoso sempre tinha um lugar de destaque. Todas as iniciativas, todas as grandes decisões eram tomadas depois de consultados os mais idosos que, por causa de sua experiência, davam muitas vezes a última palavra. Este tipo de família não existe mais no Brasil porque era a característica de uma estrutura agrária patriarcal que foi abalada com a abolição da escravatura e a proclamação da República e que finalmente ruiu com a crise sócio-econômica de 1929.

O país, contudo, sofreu o impacto desse processo desordenado de industrialização e urbanização após a Segunda Guerra Mundial, com o agravante das migrações internas. Constata-se então que a família nuclear composta de casal e dois filhos substitui a família complexa, ampla e extensa.

Ainda que não tenha havido uma ruptura completa das gerações, pode-se dizer que o contato entre as famílias não é mais tão freqüente por causa das condições de trabalho, das distâncias, dos meios precários de transporte nas vastas aglomerações urbanas.

Esta nova situação decorrente das transformações sócio-econômicas, aliada ao progresso científico que aumentou sensivelmente a esperança de vida deu origem aos casais solitários - os aposentados - condenados a viver à margem de um mundo que não conhecem mais.

No período pré-industrial os idosos eram, em geral, profundamente integrados ao grupo social, mais particularmente à família solidária que os protegia e os amparava. Por sua vez eles ajudavam e colaboravam na medida de suas possibilidades. Eles cuidavam das crianças, faziam uma parte do serviço doméstico etc. Além disso, havia uma integração natural, uma adap-

tação contínua do homem ao meio social, à natureza, ao tempo, durante sua existência, devido à transformação lenta e progressiva da sociedade.

Entretanto, na sociedade industrial, cujo objetivo essencial é produzir, não há lugar senão para aqueles que, a um título ou outro, se inserem no circuito da produção. São critérios de participação no mercado de trabalho que foram também afetados pela industrialização e urbanização.

Da mesma forma, os modelos e valores culturais foram transformados tanto ao nível social quanto ao nível do comportamento individual. Valores culturais sedimentados ao longo dos anos, traduzidos pelo mito do "*Brasil País Jovem*", evidenciaram exclusivamente o potencial da juventude, em detrimento da idade madura e da velhice que se tornaram assim sinônimos de improdutividade e decadência. A bem da verdade, presencia-se hoje no Brasil uma reação ao modelo de sociedade descendente que prevaleceu até a data recente em favor de uma espécie de gerontocracia. Durante o tempo em que esse sistema esteve em vigor, a simples condição de ascendente atribuía à geração mais idosa uma posição de autoridade absoluta sobre as gerações mais jovens.

Com a reação ao sistema tradicional de sociedade descendente, o poder e o prestígio tendem sistematicamente para as novas gerações. Podemos assim constatar, em vários setores do sistema social, a existência de certo antagonismo entre as gerações. Esse antagonismo tem consequências desfavoráveis quanto ao acesso dos idosos às posições de prestígio.

A falta de preparação da criança para se tornar um adulto que deve atingir a velhice é um outro aspecto grave da situação atual. É verdade que as formas de encarar a velhice mu-

dam bastante, mas o que é evidente sobretudo nos grandes centros urbanos, é a auto-rejeição dos indivíduos ao envelhecerem. A causa principal dessa rejeição é a imagem negativa, sem prestígio dos idosos no contexto cultural.

Se o meio social é hostil aos idosos, eles próprios são igualmente hostis ao seu envelhecimento. Eles rejeitam a velhice e, conseqüentemente, não se prepararam para esse tempo de vida. Assim, por exemplo, não existe preparação para a aposentadoria, apesar de constituir uma aspiração muito comum, na medida em que ela significa a liberação do trabalho e de outros engajamentos constrangedores e muitas vezes penosos. Muitos são aqueles que aguardam a aposentadoria, mas raros os que para ela se preparam realmente.

6.3 SITUAÇÃO ECONÔMICA

A condição econômica não é menos grave, em razão da perda constante do poder aquisitivo dos aposentados. Isto representa um obstáculo para a manutenção do nível de vida atingido durante o tempo de atividade profissional. A situação se agrava diante da impossibilidade de se elevar o nível de rendimento pelo exercício de outra atividade remunerada.

Pesquisas realizadas em várias capitais dos estados brasileiros mostraram a inexistência de ofertas de emprego para os trabalhadores idosos. Quando existem são atividades temporárias a nível de subemprego, ou então de tarefas absolutamente menores que desconhecem completamente a formação e a experiência anteriores dos indivíduos.

A necessidade urgente de liberação de emprego para o grande contingente de jovens torna difícil o acesso ao traba-

lho para as pessoas de meia idade, isto é, a partir de trinta e cinco anos.

Existe grande número de jovens que necessitam participar do mercado de trabalho e exercem uma forte pressão sobre as pessoas mais idosas de forma que elas cedam seus lugares a novas gerações.

A existência de um excedente de força de trabalho, com relação às ofertas do sistema, possibilita aos empregadores a formulação de outros critérios de preferência, além das qualificações profissionais. As características de sexo, origem, cor e sobretudo a idade são igualmente consideradas, dando lugar a uma certa discriminação social, que cria um contingente funcionalmente envelhecido, sem nenhuma relação direta com a idade biológica avançada. A discriminação social e econômica que se fortificaram mutuamente, diferenciam os trabalhadores e excluem certos grupos do mercado de trabalho.

À medida que a esperança de vida aumenta, o número de pessoas desempregadas se eleva. A situação de desemprego desta última faixa etária assume proporções maiores nos centros urbanos, gerando toda a sorte de problemas no que diz respeito à vida familiar, à habitação e à assistência médico-hospitalar.

Segundo uma enquête nacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1980 no Brasil, entre os indivíduos de mais de sessenta anos, 28,39% ativos e 71,61 % inativos. Disso resulta que as pessoas idosas são condenadas a uma situação lastimável, sobretudo porque as pensões de aposentadoria são freqüentemente irrisórias.

Com efeito, os dados da referida enquête nacional revelam que mais de 70% dos idosos recebem até três salários míni-

mos. Daí resulta que muitos precisam ser socorridos, seja pelo Estado, seja pela caridade pública, pois não existem outros meios pelos quais eles possam se beneficiar de um alojamento, de alimentação e de cuidados médicos.

A diminuição das rendas dos idosos em virtude da desvalorização do salário aposentadoria é um fato presente na maioria dos países. Mesmo nos países ricos onde este problema é objeto de inúmeras ações reivindicatórias, os rendimentos dos aposentados nem sempre são revalorizados. A razão está em que a situação econômica de várias nações não pode suportar o peso das pensões mais elevadas para um contingente de aposentados cada vez mais numeroso.

Porém, vários países já possuem políticas coerentes que garantem aos idosos serviços diversos cujo custo é compatível com os recursos provenientes de suas economias e que permitem a valorização indireta da aposentadoria. Na maior parte dos casos, trata-se de reduções das tarifas de transportes coletivos, de alimentação, habitação, programas culturais e cuidados médicos, e existem também serviços de assistência em casos de urgência e serviços de apoio prestados a domicílio.

6.4 O IDOSO NO CONTEXTO DA ECONOMIA POLÍTICO-SOCIAL

O idoso no Brasil, da mesma forma que todos os países da América Latina vive um processo de diferenciação social que resulta sobretudo da diversificação da economia urbana.

Por outro lado, prevalece a atitude histórica da intervenção do Estado no processo de desenvolvimento, a nível econômico e social. Assim pela relação íntima das estruturas sociais com o poder estatal e pela redefinição e agravamento dos

problemas sociais, ocorre um certo reconhecimento da problemática social da velhice e das intervenções das instituições públicas e privadas na tentativa de uma solução.

O que é classe média?
Também as questões relacionadas à velhice afetam cada vez mais a classe média, grupo esse que, usufruindo de certa proteção social e acesso aos mecanismos sociais de assistência, mobiliza todo o sistema, tendo em vista o estabelecimento de uma política específica. O processo é ampliado pelos trabalhadores e instituições sociais, que ao estabelecerem programas e serviços para a terceira idade, criam um novo campo de intervenção.

Entretanto, nos países em vias de desenvolvimento, o processo é marcado quase que exclusivamente pelo crescimento da economia, não caracterizando um desenvolvimento social, traduzido pelo aumento do nível de bem-estar, com diminuição das desigualdades sociais, o que compreenderia o favorecimento de todos os grupos humanos, inclusive o dos idosos.

A velocidade das transformações desenvolvimentistas nos países em desenvolvimento acarreta naturalmente desordens graves e constitui um fato sem precedentes na história, pois os países hoje desenvolvidos tiveram pelo menos um século para se adaptarem às novas condições. Assim é natural a fragilidade das políticas sociais em favor das pessoas idosas.

Pouco, porém, poderá ser feito se os poderes públicos não tomarem consciência não somente da existência do problema iminente como da necessidade de soluções, antes que o número de idosos na população aumente, agravando a situação.

É extremamente importante garantir a integração dos indivíduos que envelhecem na sociedade e, nesse particular, os

sistemas sociais vigentes são absolutamente incoerentes pois afastam os idosos do trabalho, de uma participação política, da consciência dos problemas reais etc.

A maior parte das medidas de amparo à velhice surgem de necessidades prementes e não de um planejamento prévio e adequado.

A velhice é um tempo de síntese de todas as épocas anteriores do ciclo de vida. Com essa interpretação, torna-se claro que não é possível tratar a velhice sem que muitas atenções sejam dadas à infância e à idade adulta. É importante considerar que o desenvolvimento nas nações pobres não pode desperdiçar recursos humanos e entre os idosos existem muitos que ainda são capazes de oferecer significativa contribuição. Medidas sociais amplas podem favorecer um envelhecimento bio-físico-social mais saudável, condição essa que determinará a existência de populações idosas mais participativas no processo de produção.

A situação brasileira permite considerar que o problema da velhice existe nos países jovens, não como decorrência do envelhecimento demográfico e sim por problemas sociais, econômicos e políticos. Como no Brasil, também nos demais países da América Latina, a velhice é um fato dramático e, em decorrência das precárias condições sócio-econômicas dos sistemas, tende a se agravar nas próximas décadas, com a conotação particular de trazer para uma idade bem mais precoce esse tempo de vida.

Mesmo assim pouco se fala do problema da velhice pois ele está subjugado por outros problemas e de certa forma a

muito poucos interessa. Ele não aflora à consciência social, porque diz respeito a grupos que não têm capacidade de se expressar e, como tal, não conseguem ser ouvidos.

7 PESSOAS DEFICIENTES IDOSOS

No decurso deste século a expectativa de vida aumentou em todo o mundo. Juntamente com taxas decrescentes de nascimento, isto levou a proporções crescentes de pessoas idosas em comunidades desenvolvidas. No decurso dos próximos trinta ou quarenta anos também poderemos esperar números significativos de pessoas idosas na maioria dos países em desenvolvimento.

A mesma tendência também se aplica à população de pessoas deficientes. Em razão do progresso registrado na medicina preventiva, tratamento de doenças e cuidados com a saúde não se espera mais que tais pessoas morram na segunda ou terceira décadas de vida, como textos que estabelecem critérios declaravam até época recente. A maioria delas vai sobreviver a seus pais. Portanto, é necessário preparar todas as crianças deficientes, adolescentes e os adultos nessas condições, bem como suas famílias, para estágios posteriores da vida, e para maximizar sua independência tão logo seja possível. A preparação necessitará incluir o ajustamento da conduta a normas e padrões aceitáveis a seus ambientes sociais específicos.

A maioria das pessoas deficientes é capaz de enfrentar até certo ponto, as tarefas que uma vida independente de adultos envolve, mesmo na velhice, contanto que lhes tenham sido oferecidas boas oportunidades de aprendizado durante toda a existência, bem como educação contínua. Estes processos envolvem

estimulação contínua e a manutenção do máximo possível de atividades físicas e mentais, como se recomenda para pessoas não deficientes que se aproximam da velhice.

Os pais e as famílias, bem como os profissionais, enfrentam novos desafios. Devem preparar-se para um futuro prolongado para pessoas deficientes mentais, sensoriais e físicos, em todos os aspectos da vida diária, tanto para o trabalho como para o lazer. Também devem planejar moradia e cuidados adequados. Estes planos variarão para comunidades e culturas diferentes e para diferentes causas e graus de deficiência e problemas associados.

Em todos os casos, decisões acerca de modos de vida apropriados necessitam ser agora tomadas por profissionais, famílias e as próprias pessoas deficientes.

7.1 EXPECTATIVA DE VIDA DAS PESSOAS DEFICIENTES

Existem muitas indicações de aumento na expectativa de vida de pessoas deficientes, embora evidência estatística clara freqüentemente falte. Têm havido muitos relatórios oriundos de todo o mundo, embora vindos especialmente de países desenvolvidos, acerca dos números crescentes de adultos deficientes idosos, tanto morando em casa com os pais ou outros parentes. A expectativa de vida depende em parte, do grau da deficiência e, em parte, das condições de vida e de cuidado.

Embora pessoas portadoras de deficiências severas ou múltiplas possam ainda ter um tempo de vida significativamente reduzido, pessoas levemente deficientes, em geral, podem esperar conseguir uma expectativa normal de vida com boas condições para viver. Em muitas comunidades desenvolvidas, melhorias no

cuidado com a saúde, mudanças nas atitudes e expectativas, bem como progresso sócio-econômico em geral nas últimas duas ou três décadas, já realizaram em grande escala o potencial de sobrevivência para muitos deficientes sensoriais, físicos e mentais leves e este processo, sem dúvida, continuará no futuro imediato.

7.2 AS NECESSIDADES DE PESSOAS DEFICIENTES

Pessoas deficientes têm as mesmas necessidades básicas quando se aproximam da velhice, do que as outras pessoas, se quisermos que gozem de vida satisfatória. Elas precisam:

- 1) manutenção de identidade pessoal desenvolvida no decorso de suas vidas;
- 2) espaço para ação independente e livre escolha até a capacidade total de suas habilidades e situações;
- 3) interação social dentro e além da família - ter amigos, envolvimento na vida da vizinhança e comunidade mais ampla estabelecendo e mantendo relacionamentos novos;
- 4) oportunidades de atividade agradável com outras pessoas e sozinhas;
- 5) acesso à privacidade, objetos pessoais e escolha na organização do ambiente pessoal;
- 6) preocupação de parte daqueles que servem o deficiente idoso e a família com sua qualidade de vida.

Estas necessidades somente podem ser atendidas na velhice se habilidades apropriadas de viver foram aprendidas e reforçadas através da vida. A família tem um papel-chave neste processo, porque é a família que fornece as primeiras expe-

riências a crianças deficientes.

A medida que crescem o contexto natural deveria oferecer as oportunidades de aprendizado para que ajam de maneira crescentemente mais independente e para que possam enfrentar os problemas práticos da vida cotidiana no lar ou em ambiente mais vasto. Porém as famílias não podem fazer isto sozinhas e têm direito de esperar receber ajuda significativa e apoio da comunidade no desenvolvimento de habilidades potenciais, encorajando e permitindo independência máxima e gozando uma velhice satisfatória.

7.3 DEFINIÇÃO DE PESSOAS DEFICIENTES QUE ESTÃO ENVELHECENDO

Não é possível fazer generalizações amplas acerca das características de pessoas deficientes idosos. O desempenho intelectual e o ajustamento da personalidade dependerão do grau de deficiência, a gama de problemas e dificuldades; padrões de socialização através da vida e dos efeitos do processo de envelhecimento. Mudanças psicológicas em pessoas deficientes serão o resultado da interação de muitas influências físicas, emocionais e sociais.

Um ambiente que ofereça estimulação e atividade ajudará a evitar ou retardar o desenvolvimento de apatia e imobilidade. Isolamento social ou institucionalização tradicional prolongada desencoraja ampla gama de interesses e promove deterioração precoce. Contudo, podem ser encontradas condições semelhantes na família, especialmente quando pais idosos tornam-se incapazes de fornecer a estimulação e a integração social que seu filho ou filha deficiente requer.

Neste contexto vale a pena dar atenção especial a pes-

soas deficientes em razão do envelhecimento quando atingirem a idade de quarenta e cinco anos, especialmente as severamente deficientes. Isto deve ser feito em razão do conhecimento limitado que temos até o presente da expectativa final de vida que podem esperar ter. Também leva em conta a expectativa de vida dos pais. Geralmente, nesta idade, o planejamento individual deveria chegar a sua fase final a fim de propiciar dispositivos ou esquemas de vida que, subsequente, não tenham de ser mudados de nenhuma forma substancial. Nesta época deveria estar claro para a maior parte das próprias pessoas deficientes onde "*pertencem*" e qual o lar que podem esperar ter para o resto de suas vidas. A moradia é, portanto, uma questão chave, e sua resolução irá, certamente, depender do grau de deficiência, saúde geral, deficiências específicas e disponibilidade de apoio dentro e fora da família, em vez de da própria idade cronológica. Os efeitos do envelhecimento irão de maneira idêntica, variar com estes fatores e também com o ambiente social e qualidade do cuidado. Resposta social decrescente ou participação, não são necessariamente sinais de deterioração da sensibilidade.

Ambientes mais estimulantes e maior grau de interação pessoal podem desencorajar a passividade e inibir processos de deterioração. É coisa muito inadequada generalizar partindo das experiências de pessoas idosas, que passaram a maior parte da vida em instituições grandes, a fim de prever o comportamento e o potencial daquelas pessoas que foram preparadas desde a infância para viver na comunidade. Devemos esperar diferenças consideráveis no desenvolvimento intelectual e emocional entre gerações diferentes, bem como diferentes habilidades sociais e

comportamento.

Essas diferenças se tornarão cada vez mais óbvias quando as pessoas que nunca passaram por cuidados institucionais durante muito tempo chegarem à velhice.

7.4 A SITUAÇÃO ATUAL DE PESSOAS DEFICIENTES QUE ESTÃO ENVELHECENDO

Os problemas associados à velhice, deficiências físicas e mentais, tornam difícil enfrentar a vida, mesmo quando não estão combinados.

Sociedades orientadas para o sucesso tendem a rotular pessoas não somente como dependentes e desvantajadas mas também como diferentes do normal e estigmatizadas. Nos casos em que diversas condições coincidem, é mais provável que as pessoas sofram rejeição e discriminação, o que foi corretamente chamado "*risco duplo*".

Os efeitos são particularmente lamentáveis para as pessoas que não conseguem falar por si mesmas. A maioria de pessoas idosas presentemente, tem pouca oportunidade de viver em condições que, atualmente, seriam consideradas necessárias a seu bem-estar geral.

Os serviços deveriam portanto:

1) Garantir uma vida segura e estável para os deficientes idosos, com suporte apropriado que leva em conta sua experiência anterior e suas necessidades específicas.

2) Evitar sua transferência de seu lar familiar para ambientes novos, desconhecidos e ameaçadores.

3) Fornecer cuidados de saúde preventivos e reabilitadores a fim de evitar piorar a deficiência e dependência, que

poderiam exigir níveis altos de cuidados de enfermagem.

4) Fornecer uma gama abrangente de lares especiais para pessoas deficientes idosos, exceto nos casos em que moradia e cuidados possam ser, genuinamente integrados a residências existentes para outras pessoas idosas de maneira satisfatória.

Em algumas comunidades existe um problema especial constituído por pessoas deficientes idosos desconhecidas para as entidades especializadas e serviços afins, que não recebem nenhuma forma de suporte ou cuidado. Nos casos em que os serviços foram fundados para prestar cuidados a crianças, tais pessoas podem não ter contato com gente que não seja ainda suficientemente idosa para estar em contato com os serviços estabelecidos para pessoas idosas.

Todas as associações que se ocupam de crianças deficientes deveriam estar conscientes do aumento na expectativa de vida e os números crescentes de pessoas deficientes idosos na comunidade. Essas associações devem estar conscientizadas das necessidades a longo prazo das pessoas que ainda são jovens para que continuem a receber a orientação, assistência, apoio e cuidados necessários durante sua vida adulta.

8 CONCLUSÃO

A necessidade crescente de serviços para pessoas deficientes idosos ainda não foi reconhecida geralmente ou de maneira adequada.

Podemos, portanto, esperar uma grande lacuna em futuro próximo entre a demanda de serviços e aqueles que já existem, a menos que seja tomada uma atitude com alguma urgência. Isto é verdadeiro não somente em razão de grande número de pessoas deficientes idosos no futuro mas devido a suas características diversas.

As gerações futuras não deverão ter experimentado os mesmos processos institucionalizados de socialização sob a forma de apatia, passividade e docilidade. Muitas pessoas mais jovens atingiram grau de independência e competência na vida que não se esperava de gerações anteriores de pessoas deficientes. Estas pessoas, mentalmente e fisicamente mais ativas à medida em que envelheçam, necessitarão novos tipos de serviços; diversas alternativas para moradia e cuidados necessitarão ser desenvolvidas.

A mudança na estrutura etária da população em geral já é um desafio importante para comunidades desenvolvidas e este desafio também deveria ser aceito por aquelas pessoas preocupadas com a pequena minoria de gente deficiente entre os idosos. Isto inclui pessoas envolvidas em organizações locais, es-

taduais e nacionais do governo, bem como outras organizações. Pessoas deficientes que estão envelhecendo têm o mesmo direito a uma qualidade satisfatória de vida, como ocorre com o resto da população e, ^{ao} envelhecimento.

Voz ou (A um envelhecimento. segundo, ...)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Boletim de Intercâmbio. Vol. 1, n.1, 1980. Rio de Janeiro, SESC - Departamento Nacional - Assessoria de Divulgação e Promoção Institucional, 1980. Publicado de 1965 a 1976 com o mesmo título, n.1. 23 p.
- 2 Cadernos da Terceira Idade. SESC. São Paulo, n.11, agosto 1983.
- 3 Cadernos da Terceira Idade. SESC. São Paulo, n.9, 1982.
- 4 CANZUZE, Rosala. Psicologia geral. S.N.T. 106 p.
- 5 COMFORT, Alex. A boa idade. São Paulo, Círculo do Livro, 1977. 232 p.
- 6 Comissão Conjunta em Aspectos Internacionais da Deficiência Mental. Deficiência mental: Prevenção, melhoria e prestação de serviços. São Paulo, 1981.
- 7 COUTO, A.F. Como compreender o deficiente auditivo. Rio de Janeiro, Expansão Editorial, 1985.
- 8 CRUICKSHANK, W.M. A educação da criança e do jovem excepcional. Tradução de Leonel Vallandro. 2.ed. Porto Alegre, Globo, 1983.
- 9 FONSECA, V. da. Educação especial. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- 10 Grande Enciclopédia Médica. Volume VI. Abril Cultural, 1975. p. 1459-1463.
- 11 GUERRA, M. Recreação e lazer. Porto Alegre, Sagra, 1981.
- 12 LIMA, Marise Aparecida de. Psicologia social e comportamento social. In: MARCELLINO, Nelson, org. Introdução às ciências sociais. Campinas, Papirus, 1987. p. 79-83.
- 13 MAZOTTA, Marcos J. da S. Fundamentos de educação especial. São Paulo, Pioneira, 1982.
- 14 QUAGLIA, Vicente Celso. Sociologia; (princípios e problemas). São Paulo, Obelisco, 1964. 166 p.
- 15 RAMOS, A.P. Diagnóstico psicológico: implicações psicossociais na área do retardo mental. São Paulo, Cortez, 1981.
- 16 Revista A Terceira Idade. SESC. São Paulo, ano I, n.1, set/88.
- 17 Revista Brasileira de Educação Física e Desportos. MEC. Ano 11, n.51, mar/1983.

- 18 Revista Vivência, n.4, 2º semestre 1988. Fundação Catari-
nense de Educação Especial - Assessoria de Comunicação
Social. IOESC - Imprensa Oficial o Estado de Santa Ca-
tarina. Florianópolis/SC. p.30.
- 19 SALGADO, M.A. Velhice, uma nova questão social. 2.ed. São
Paulo, 1982.
- 20 SILVA, A.C.P. Envelhecer sem esmorecer. São Paulo. Me-
lhoramentos, 1978.